

介護休暇給付金請求書

会員氏名		所属名								
職員コード		所属コード								
請求金額 (aまたはb)		金 円								
要介護者	氏名	承介護 認 期 休 間 暇	平成 年 月 日 から							
	続柄		平成 年 月 日 まで							
請求月		月	↓請求金額が(2)の場合のみ記入							
請求 金額 内 訳	共 済 組 合 掛 金	短期掛金	円	曜日						
		介護掛金	円	1	2	3	4	5	6	7
		長期厚生掛金	円	8	9	10	11	12	13	14
		長期退職掛金	円	15	16	17	18	19	20	21
	教職員互助会掛金		円	22	23	24	25	26	27	28
	掛金合計		円	29	30	31	給付対象日数 日			
	(1) 請求月の休暇日が勤務日数すべての日の場合 * 請求金額=掛金合計		円 (a)	(2) (1)以外の場合 * 請求金額=掛金合計×1/22 (端数切り捨て) × 給付対象日数						
		_____	_____ 円 (b)							

上記記載の事実に基づき請求します。

一般財団法人新潟県教職員互助会理事長 様

平成 年 月 日

請求者 氏名 Ⓜ

所属電話番号

(注) 1 ひと月単位で請求してください。
 2 請求金額は、請求月の休暇日が勤務日数すべての日の場合 (a) が請求金額となり、それ以外の場合は (b) が請求金額となります。

事務局受付印

添付書類は下記のとおりです

請求月ごとに毎回添付してください

- 請求対象月の給料等支給内訳表（掛金が記載してあるもの）
- 請求対象月の勤務簿又は出勤簿の写し
- 介護休暇簿又は介護休暇の承認通知文の写し